



TITLE:

胃腸レ線寫眞示説(臨床レ線學)

AUTHOR(S):

藤浪, 修一

CITATION:

藤浪, 修一. 胃腸レ線寫眞示説(臨床レ線學). 日本外科宝函 1937, 14(2): 531-543

ISSUE DATE:

1937-03-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/204812>

RIGHT:

臨床レ線學

胃腸レ線寫眞示説

講師 醫學博士 藤 浪 修 一

(京都外科集談會昭和十一年十二月例會所演)

從來ノ研究ニヨツテ、我々ハ胃腸ノレ線検査法ニ一定ノ體系ヲ樹立シ、更ニソノ診斷的價値ニ就テ述ベタ。

然シナガラ胃腸ノ疾患ハ甚ダ數多ク、而カモソノ各々ツ宛モ種々様々ノ症候ヲ呈スルノデ、此等ノレ線診斷ニ際シ、甚ダ困難ヲ感ジ、又タ時ニハレ線検査ヲシタガタメニ却ツテ誤診スルコトサヘモアツタ。

ソレ故ニ此等ヲ克服スルニハ、レ線像ヲ完全ニ理解スルコト、換言スレバレ線像ヲ完全ニ讀ミ得ルヨウニスルコトガ必要デアル。

ソレニハ我々外科醫ガ最モ都合ノヨイ立場ニアルノデアル。何故ナラバ臨床所見トレ線像ヲバ手術所見、即チ Autopsie ニヨツテ之ヲ解決スルコトガ出來ルカラデアル。

ソレ故、外科醫ノ精細ナル觀察及ビソノ經驗ニ基キ始メテレ線學的診斷ノ向上ヲ來タスベキモノデアル。此ノ意味ニ於テ、最近經驗シタ2, 3ノレ線寫眞ヲ供覽スル。

I. 癌? 潰瘍? ??

第1例: 患者(渡○晴○)ハ46歳ノ男子。18歳ノ時梅毒ニ、23歳ノ時横痃ニ罹ツタト言フガ、驅微療法ヲ受ケタコトハ無イ。

現在症: 約1年半前カラ心窩部ニ鈍痛ガアリ、之ハ殊ニ食後ニ強ク、空腹時ニハ輕クナルガ、未ダ曾テ空腹時ノ疼痛トカ嘔吐ヲ來タシタコトハ無ク、糞便ガ黒クナツタコトモ無イ。又タ心窩部ニ鈍痛ヲ來タスヨウニナツテカラ間モ無ク、強イ頭痛及ビ右眼ニ激痛ガアツタガ、ソノ後1ヶ月程ヲ經テ、突然複視ヲ來タシ、同時ニ頭痛ハ消失シテシマツタ。

現 症: 體格中等ノ男子デ、榮養狀態ハ良ク、惡液質デハナイ。神經系統ニハ異常ヲ認メ得ラレヌ。

局所所見: 右季肋下部ニ抵抗ヲ感ズルガ、ソコニハ壓痛ハ無ク。其ノ他ニハ何等ノ異常所見ヲモ見出シ得ナイ。

ワ氏反應ハ陰性。胃液検査デハ乳酸ハ存在シテ居ラヌガ、遊離鹽酸無ク、又タ潜在血ガアリ、而カモレ線検査デ幽門狹窄ガアルト曰フノデ、胃癌トシテ外科ヘ轉ジテ來タ。

ソコデ胃粘膜皺襞像検査ヲ行フニ、主ナ所見ハ胃竇部ニアツタノデアル(第1圖)。即チ小彎縱走皺襞ハ胃竇部ニ於テ、ソノ健常形態ヲ失ツテ居ルガ、之ハ癌ノ場合ニ見ルヨウナ皺襞ノ斷裂缺損デハナクテ、顆粒狀ノ「レリーフ」像ニ移行シテ居ル。而カモ此ノ部分(胃竇部)ニ彈性硬

ノ表面平滑ナ鳩卵大ノ腫瘤ヲ觸レタノデアル。(コノ腫瘤ハ、入院後再三ノ注意深イ觸診ニヨツテ臨床的ニモ證明サレタ)。

診 斷：斯様ナ臨床所見ノ場合ニハ先ヅ第1ニ癌ヲ考フベキデアル。然シ本例デハ粘膜皺襞ノ破壊像ハ無イ。癌ナラバスクノ如キ腫瘤トシテ觸診シ得ル場合ニハ、當然粘膜ノ破壊ニヨル皺襞ノ斷裂缺損ガアル可キデアルカラ、此ノ「レリーフ」像ヲ以テシテハ癌デアルト斷ズルコトハ出来ナイ。

第2ニ胃潰瘍ヲ考ヘルニハ、潰瘍ヲ思ハシメル様ナ既往症無ク、又タ遊離鹽酸モ缺如シテ居ル。更ニ此ノ胃竇部ノ「レリーフ」像ハ顆粒狀デアツテ、潰瘍ニ見ルトコロノ皺襞ノ星芒狀配列デハナイ。ソレ故ニ胃潰瘍デハ無イコトハ明カデアル。

第3ニ此ノ患者ハ微毒ニ罹ツタコトガアルト曰フ。而シテワ氏反應ハ陰性デアツタガ、陰性デアルカト曰ツテ直チニ微毒ヲ否定スルコトハ出来ナイ。又タ胃微毒ノトキニハ、胃液モ無酸症若クハ胃酸減少症トナリ得ルノデアル。ソレ故ニ、癌カ微毒カ此ノ鑑別ハ非常ニ困難デアルガ、斯カル場合此ノ兩者ノ鑑別ニ次ノ4項ヲ舉ゲテ居ル者ガアル。(C. W. Lohmann; Zum Differentialdiagnose präpylorischen Magenerkrankungen im Röntgenbild, Fortschr. Röntgenstr. Bd. 54. H. 4. S. 327)。

即チ微毒ナラバ、1. 再三ノ糞便検査ニ際シ常ニ血液ヲ證明セヌコト、2. 貧血性デハナク、血液像ニハ慢性炎症ノ存在ヲ示ストコロノ淋巴球過多症ノアルコト、3. 食思良好デアルコト、4. レ線像デハ、癌ニ似テハ居ルガ確實ニ癌デアルトハ斷ジ得ヌ變化ガアル。即チ變化ハ幽門竇ニアツテ、充満像デハ漏斗狀又ハ鷺嘴狀ヲ呈スト曰フノデアル。

本例デハ血液像検査ヲ行ツテ居ラスガ、貧血性デハ無ク、又タ食思モ良好デアル。更ニ上述ノ様ニ「レリーフ」像デハ癌トハ斷ジ得ズ、又タ充満像(第2圖)デハ所謂鷺嘴狀ヲ呈シテ居ル。

ソレ故ニ或ハ胃微毒デハ無イカトモ考ヘラレタノデアルガ、確實ナ診斷ヲ下スコトガ出来ズニ手術ヲ行ツタノデアル。

手術所見：胃竇部ノ小彎ヲ中心トシテ、胃ノ前後壁ニ汎ル鳩卵大ノ弾力性硬ノ腫瘤ガアツテ、ソノ漿膜面ハ稍々暗赤色ヲ帶ビテ居ルガ、周圍トハ毫モ癒着シテ居ラス。ソコデ幽門部ヲ切除シ、ソノ切除胃ノ粘膜面ヲ見ルト、粘膜ニハ缺損部ハ無イガ、腫瘤ノ中央部ハ皺襞ハ消失シテ居ル。即チ腫瘤ハ幽門竇ノ胃壁(平滑筋層)自己ガ約1 糎ノ厚サニ肥厚シタモノデアル。

組織學的檢索デハ、上皮ハ一般ニ萎縮シ一部ハ脱落シテ居ル。然シ癌細胞ハ無ク、唯ダ上皮及ビ粘膜下層ニ小圓形細胞ノ浸潤ガアル(第3圖A)。而シテ最も顯著ナコトハ固有筋層ガ非常ニ厚クナツテ居ルコトデアル(第3圖B)。

即チ癌デハナク、又タ Linitis plastica トカ微毒性ノ變化デモナク、唯ダ健常筋纖維ノ強イ増殖ガ主體デアル。

之ヲ Myoma ト考フ可キデアラウカ？ Myoma ハ通常「ポリープ」様トナツテ胃内腔ヘ突出

シテ居ルモノデアル。然シ本例ハ胃壁ニ於ル筋層自體ノ肥厚デアル。而カモ此ノ變化ハ幽門輪ニ無ク、胃竇部ニアルノデ、所謂 gutartige muskuläre Pylorus-hypertrophie トモ稱ス可キモノデハナイデアラウカ。

本例ニ就テハ猶ホソノ本態ヲ究メナケレバナラナイガ、レリーフ像ニヨツテ胃癌ヲ除外シ得タ例トシテ、之ヲ供覽スル。

II. 多發性胃癌

同一ノ胃ニ2個以上ノ孤在性癌ガ存在スル場合、ソノ發生機轉ニ就テハ、次ノ3ツガ考ヘラレル。

1. 素因説ニ據ルモノデ、偶々1ツノ胃ニ2ツ以上ノ癌ガ孤在性ニ發生スルト考ヘルモノ。
2. 刺戟説ニ據ルモノデ、慢性胃炎ノ結果、上皮細胞ガ増殖シ、所謂 Pseudopolyposis トナリ、ソレガ又タ multizentrisch ニ癌性變化ヲ來タスト考ヘルモノ。
3. 轉移説ニ據ルモノデ、1ツノ癌カラ起ツタ Lymphangoitis carcinomatosa ガ粘膜ニ變化ヲ及ボサズニ、一定ノ離レタ場所マデ進ンデ再ビ胃内腔ヘ粘膜ヲ破壊シテ増殖スルト考ヘルモノ。

以上ノ様ニ3ツノ發生機轉ガ考ヘラレルガ、斯カルモノノ内デ、我々ハ稀デハアルガ遭遇スルノハ、第4圖ノ様ニ胃内腔ヘ多クノ Höcker ガ突出シテ居ルモノデアル。然シ斯カルモノガ果シテ總テ第2ノ機轉ヲ取ツタモノデアルカ甚ダ疑問デアル。如何トナレバ、若シ Polyposis カラ發生シタモノナラバ、未ダ癌性變化ヲ呈セヌ Höcker (Polyp) ガ在ル可キデアルノニ、我々が經驗スルモノハ Höcker ト Höcker トノ間ニ健康粘膜無ク、Höcker ニハスベテ癌浸潤ガアルト曰フモノデアル。

即チ斯様ナ Höcker ガ澤山ニ胃内腔ヘ突出スルモノニハ稀デハアルガ遭遇スルガ、ソノ他ニハ同一ノ胃ニ同時ニ2ヶ以上ノ癌ガ孤在性ニ存在スルト曰フコトハ未ダ經驗シタコトモ無ク、又タ發生機轉ハ考ヘラレテモ、實際ニハアリ得ベカラザルモノト信ジテ居タノデアル。

ソコデ次ノ例(第2例)ヲ示ス。

第2例：患者(芳○直○)ハ56歳ノ男子。

現在症：3,4年前カラ夏季ニナルト、噯氣、嘔噦ガアツテ、胃散ヲ服用スルト治ルト曰フノデアル。トコロガ本年ハ六月中旬カラ常ニ心窩部ニ不快感ガアリ、次第ニ食思不振トナリ、食事ヲスルト心窩部ニ膨滿感及ビ緊張感が強クナリ、時ニハ嘔噦ヲモ伴フヨウニナツタノデアル。猶ホ最近ニ至ツテ肉食ニ對スル嫌惡感モアル。

現 症：榮養ノ稍々衰ヘタ中等大ノ男子デ、現症ニ就テハ特記スルコトハ無イ。

局所々見：空腹時ニ注意深く觸診スルト、臍ノ左上方ニ拇指頭大ノ境界ノ明瞭ナ腫瘤ヲ觸レル。之ハ彈性硬デアルガ、表面平滑デ壓痛モ無イ。

胃液検査ハ新鮮ナ血液ガ出タタメニ行ハズ。

レ線検査ニヨツテ(第5圖)、胃體中央ノ後壁ニ直徑約2糎ノ丸イ透明部トシテ、腫瘍ノ存在

が證明サレ、之ハ手術ニヨツテ切除サレタガ、粘膜層ニ局限シタ直徑 1.5 糎ノ丸イ平板狀ノ癌(腺癌)デアツタ。

即チ 1 ツノ小サナ癌ガ發見サレテ、之ヲ切除シ得タ例デアルガ、猶ホ仔細ニ此ノ第 5 圖ヲ見ルト、Haupttumor (切除シタ肺瘍)ノ稍々口側ニ於テ、胃後壁ノ皺襞ガ顆粒狀ヲナシ梅鉢型ニ配列スルヲ認メル(第 5 圖標示?→)。

手術ニ際シテハ、此ノ部ニ硬結モ無イノデ、コレハソノ儘ニシテ Haupttumor ダケヲ切除シタノデアルガ、術後 17 日目ニ再ビレ線検査ヲ行ツタトコロ、第 6 圖ノ様ニ梅鉢形配列ヲシテ居タ場所ニ一致シテ橢圓形ノ周圍カラ明瞭ニ境界サレタ透明部ノアルヲ認メタ。此ノ透明部ニ腫瘤ヲ觸レナイガ、患者ノ體位ヲ變更シテモ、或ハ日ヲ變ヘテ検査シテモ、常ニ此ノ透明部ハ現出シ、而カモ之ハ胃ト共ニ動カシ得ルノデ、周圍ノ淋巴腺等ノ壓迫ニヨルモノデハ無ク、胃内腔ヘ突出シテ居ルモノ、殊ニ前ノ Haupttumor ノ透明部ノ形態ニ酷似シテ居ルノデ、或ハ癌デハ無イカト考ヘタノデアル。然シ癌トシテモ餘リニ成長(増大)ガ速カデアルシ、又タ癌ガ同ジ胃ニツモアルトハ考ヘラレヌカラ、此ノ透明部ハ何モノカソレハ判ラナイガ、兎モ角、癌デハ無イト曰フ反對說ノタメニ、再度ノ開腹手術ハ許サレナカツタノデアル。

ガ此ノ反對說ノ方ガ正シカツタノデアル。即チ術後 76 日目ノレ線検査デハ、第 7 圖ノ如ク透明部ハ猶ホ存在シテ居ルガ、以前ヨリモ小サクナリ、マタ 1 年 2 ヶ月ヲ經タ今日ニ於テ、患者ハ全ク健康ニ生活シテ居ルノデアル。

即チ本例ニ就テ、一度ハ癌ト考ヘタノデアルガ、斯様ナ結果、ソノ透明部ハ果シテ何者デアルカ、今日ニ至ツテモ猶ホ判ラナイガ、此ノ例ニヨツテ 1 ツノ胃ニ癌ガ同時ニ 2 ツモ出來ルコトハ有リ得ベカラザルモノト信ジサセラレタノデアル。トコロガ茲ニ次ニ示ス様ニ此ノ過信ノタメニ誤診シタトコロノ多發性胃癌ノ例(第 3 例)ガアル。

第 3 例：患者(詠○次○)ハ 59 歳ノ男子デ、右季肋下部、即チ丁度幽門部ニ一致シテ雞卵大ノ彈性硬ノ表面粗糙ノ腫瘤ヲ觸レ、レ線像デハ(第 8 圖參照)此ノ腫瘤部ニ一致シテ、皺襞ノ斷裂缺損及ビ malignes Relief ガ現ハレテ居タノデ、胃竇部ニテソノ小彎ヲ中心ニ胃前後壁ニ跨ガル癌ト診斷シテ手術ヲ行ツタノデアル。

即チ手術所見ハ術前ニ豫想シテ居タ通りデアツテ、ソノ他ノ胃壁ニハ何等ノ硬結ヲモ觸レ得ナカツタノデアル。

ソコデ原則ニ從ツテ、健康部ニカケテ廣汎ナ胃切除ヲ行ヒ、切除胃ノ標本ヲ切り開イタトコロ、思ヒ掛ケナイコトヲ認メタ。

即チ幽門部ノ我々ガ豫知シテ居タ腫瘍ヨリモ 2 糎程口側ノ胃後壁ニ直徑 2 糎ノ丸イ平板狀ノ粘膜層ニノミ限界シタ高マリガアツテ、此ノモノト幽門部腫瘍トノ間ニハ肉眼的ニハ健康ナ胃粘膜ガ介在シテ居タ(第 9 圖參照)。

而シテ此ノ平板狀ノモノモ幽門部腫瘍モ共ニ腺癌デアツタガ、平板狀ノモノヲ術前ニハ毫モ豫測セズ、又タ手術ニ際シテモ之ヲ證明セズ、胃切除ノ際危ク取り殘ストコロデアツタ。

ソコデ術前ノレ線像(第8圖)ヲ再ビ仔細ニ檢スルニ、丸イ透明斑(標示 II. Tumor)トシテ、ソノ存在ガ示サレテ居ツタノデアル。

即チ同一胃ニ孤在性ニ2ツノ癌ガ發生シ得ルコトヲ毫モ念頭ニ置カズニ、レリーフ像ヲ檢シテ居タメニ、斯カル失敗ヲ來タシタノデアル。

然シナガラ完全ナ前處置、即チ胃内容ヲ完全ニ除去シ、胃ヲ空虚ニ且ツ出來ルダケ乾燥状態ニシテ、レリーフ像撮影ヲ行ヘバ、此ノ例ノ様ニ手術ニ際シテモ手デ觸レルコトノ出來ナカツタ病變ヲモ現出セシメ得テ診斷ノ唯一ノ手懸リトナシ得ルノデアル。

ソレ故ニ多發性胃癌ノ存在ヲ示シ、斯カル誤診ノ轍ヲ踏マヌヨウニ、マタレリーフ像ノ判讀ハ常ニ慎重ニスベキデアリ、更ニレリーフ像所見ハ手術所見ヲ對照トシ、皺襞ノーツツニ就テ兩者ヲ比較シテコソ、皺襞像檢査ノ診斷ノ意義ガ價值附ケラレテ來ル。

III. 腸重積症トレ線所見

定型的ナ腸重積症ハ臨床的ニモ診斷ハ容易デアリ、マタレ線學的ニモ定型的ノ像ヲ現出スルモノデアルガ、然シナガラ時ニハ診斷ガ非常ニ困難ナ場合モアル。

第4例：患者(楊○財)ハ43歳ノ男子。7日程前カラ突然廻盲部ニ5分程續イテハ20分間程休止スル鈍痛發作ガ襲來シタガ、3日程前カラ惡心及ビ嘔吐ヲ來スヨウニナツタ。吐物ハ食物殘渣ダケデ糞便樣ノモノハ混ジテ居ラス。

又タ發病來便通ハ全ク無カツタガ、然シ又タ肛門カラ血液ヲ出シタヨウナコトモ無イ。

現 症：大ナル體格ヲ有ツタ榮養ノ良イ男子デ、顔貌ハ苦悶狀ヲ呈シテ居ラナイ。

局所々見：腹部ハ一般ニ膨滿モ陷凹モシテ居ラスガ、呼吸ニ際シ廻盲部ニ陰影ガ上下スルノガ認メラレル。然シソノ他ニハ腹壁靜脈ノ擴大トカ蠕動波ハ認メラレス。

觸診上廻盲部ニ鶩卵大ノ境界ノ鋭ナ橢圓形ノ腫瘤ガ證明サレル。腫瘤ノ表面ハ平滑、硬サハ彈力性硬ヨリ稍々軟デ、正シク腸重積症ヲ思ハセルコロノ wulstartig ノ感ガアル。腫瘤ニハ輕度ノ壓痛ガアリ、又タ腫瘤ヲ上下ニ僅カニ移動サセルコトガ出來ル。

腸雜音ハ亢マツテハ居ルガ、決シテ響鳴性デハ無イ。

直腸壺腹部ハ最大限度ニ擴大シテ居ルガ、檢査シタ指ニハ血液ハ附着シテ居ラナイ。

以上ノ様ナ臨床的所見デ慢性腸重積症ト診斷サレタノデアル。

ソコデレ線檢査ヲ行ツタ。即チ acute abdomen 殊ニ腸閉塞症ニ際シテハ、腸管内瓦斯像撮影法、即チ腹部單純撮影法ヲ以テスルヨリモ、造影劑注腸檢査ヲ行フ方ガ、閉塞ノ部位及ビ本態ノ判定ニハヨリ效果デアリ、而カモ腸閉塞症ト識別ヲ要スルヨウナ腹腔内炎症性疾患ニ造影劑注腸ヲ行ツテサヘモ、何等危險ハ無イモノデアルカラ、本例ニモ造影劑注腸檢査ヲ行ツタ。

即チ造影劑ハ盲腸マデヲ充タシタ後、更ニ細イ線狀陰影トナツテ廻腸ヘ逆行シ、此ノ線狀陰

影ノ内側 = wulstartig ノ腫瘤ヲ觸レルノデアル(第10圖参照)。即チ本例ハ臨床的ニハ腸重積症トシカ考ヘラレナカツタノデアルガ、レ線學的ニハ次ノ諸點ニヨツテ腸重積症ヲ否定シ得タ。

1. 腸重積症デアレバ、常ニ「鞘管」ト「内管」トノ間ヘ造影劑ハ進入シテ2ツノ線狀陰影(Randstreifen)ヲ現ハスベキデアルノニ、本例ハ唯ダ1本ダケデアル。

2. 若シ腫瘤ガ腸重積症ノ内管デアルトスレバ、内管表面ノ粘膜皺襞像ガ多少ナリトモ現ハルベキデアルノニ、本例デハ腫瘤部ニハ皺襞像ハ全ク缺如シテ居ル。

3. 本例ノ線狀陰影ノ口側部ハ擴大シテ居ル(第10圖↓ノ部)。之ハ腸重積症トシテハ有リ得ベカラザルモノデアル。

即チ本例ハ臨床上ニハ腸重積症ト診斷サレタモノデアアルガ、レ線學的ニハ以上ノ諸點ニヨツテ腸重積症デハ無イト曰フコトガ判ツタモノデアアル。然シ更ニ一步進ンデ、ソレナラバ此ノ腫瘤ガ果シテ何モノデアアルカト曰フ點ヲ解決スルコトハ出來ズニ手術ヲ行ツタ。

手術所見：即チ切除標本ヲ見ルニ、廻腸末端ノ腸間膜ニ發生シタ腫瘤(肉腫)ノタメニ廻腸ガ壓迫狹窄サレテ居タノデアル。

即チ本例ハ臨床的ニハドウシテモ慢性ノ腸重積症トシカ考ヘルコトノ出來ナカツタモノデアアルガ、レ線學的ニハ之ヲ否定シ得タモノデアアル。

次ノ第5例ハ之ト全ク反對ノモノデアアル。

第5例：患者(岡○み○)ハ61歳ノ婦人。

現在症：約5ヶ月程前カラ左側腹部ニ食事ト關係無ク疝痛發作ガアツタガ、漸次ニソノ度ハ強クナリ、1ヶ月程前カラハ數分乃至十數分繼續スル疝痛發作ガ1日ニ何回トモ無ク襲來スルヨウニナツタ。然シ疝痛解除ニ際シテ「グル」音ヲ發スルヨウナコトハ無イ。便痛ハ3乃至4日ニ1行。惡心、嘔吐ハ無カツタ。

トコロガ、約1週間前ニ下劑ヲ服用シタノニ、突如上記苦痛ハ全ク消失シテシマツタ。

現 症：中等大ノ稍々羸瘦シタ婦人デアアルガ、現症トシテ特ニ記ス可キコトハ無イ。

局所所見：腹部ニハ視診上何等異常ハ無イ。觸診スルト、何處ニモ腹壁緊脹ハ無イガ、廻盲部ニ鷄卵大ノ腫瘤ヲ觸レル。即チ腫瘤ヲ横切ルーツノ溝ガアツテ、腫瘤ヲソノ上下ノ2ツノ部分ニ別チ得ラレル。即チ上ノ部分ハ鳩卵大デ彈性硬、表面ハ粗糙デアアルガ、下ノ部分ハ彈力性稍々軟デ表面ハ平滑デ形ハ稍々長楕圓形デアアル。腫瘤ハ全體トシテ、銳ニ境界サレ、猶ホ上方ヘハ右季肋直下マデ、下方ヘハ恥骨縫際ノ直上マデ可動性デアアルガ、内方ヘハ辛ジテ3、4輦動カシ得ルノミデアアル。

此ノ腫瘤ハ何時診テモ常ニ上記形狀ヲ保持シテ居ル。腸雜音ハ正常。猶ホ肝、脾ハ觸レ得ナイガ、右腎ノ下極ハ觸レル。以上ノ所見、即チ

1. 高齢者デアルコト

2. 腫瘤ハ廻盲部ニアツテ、且ツ腸狹窄ノ症狀ヲ呈シテ居タコト

3. 腫瘤ハ彈性硬デ表面粗糙ノトコロガアルコト 等ニヨツテ惡性ノ廻盲部腫瘍、即チ癌ト診斷シテレ線検査ヲ行ツタノデアル。

即チ經口的レ線検査デハ、腸管ニ通過障礙ハナイガ、盲腸ハ造影劑デ充滿サレズニ、ソコニ腫瘤ヲ觸レタガ、次ニ行ツタ造影劑注腸検査デ興味アル所見ヲ得タ。

即チ造影劑ヲ注腸スルト、上行結腸ノ下三分ノ一ノ場所デ造影劑ノ進行ハ一時停止シタノデ、腫瘤ガ此處ニ在ルノカ、或ハ壓迫サレテ進行シ難イノカト考ヘテ居ル内ニ、盲腸マデ忽チニ造影サレタ(第11圖)。

而シテコレハ後ニナツテ内管ガ廻盲瓣ノトコロマデ押シ下ゲラレテ居ルコトガ判ツタノデアリガ、透視検査時ニハ廻盲瓣近傍ノ造影劑充滿ガ不充分デアリ、而カモ腫瘤モ別ニ大サヲ變ジタ様ニハ思ハレナカツタノデ、更ニ造影劑ヲ排出サセテ粘膜皺襞像ヲ検査シタガ、盲腸内壁ニハ破壊像ハ無イ。ソコデ結腸内ニ空氣ヲ送入シテ、患者ヲ第1斜位ニ置イテ廻盲瓣ヲ検査シタガ、廻盲瓣ノ形態ハ全ク正常デアル(第12圖)。コレデ最モ多イトコロノ廻盲瓣カラ出タ癌デハ無イコトハ明白トナツタ。結腸内ノ空氣ハ更ニ廻腸末端約5糎ニ入ルノミデ更ニ口側ヘハ行カズ此處ニ狹窄ノアルコトガ明白トナツタ。而シテ空氣ハ丸イ陰影デ喰ヒ止メラレテ居ルガ、此ノ丸イ陰影部ニ一致シテ前ニ記シタ鳩卵大ノ表面粗糙ノ腫瘤ヲ觸レタガ、ソノ下方ニアツタトコロノ表面平滑ナ腫瘤ハ何處ヘ行ツタノカ全ク消失シテシマツタノデアル。

以上ノレ線所見、殊ニ結腸内空氣送入ニヨツテ腫瘤ノ一部ガ消失シテシマツタト曰フ事實カラ、廻腸ノ腫瘍ヲ先端トシタ腸重積症デハ無イカト考ヘ得ラレタガ、手術ニヨツテ廻盲瓣カラ5糎口側ノ廻腸ニ輪狀ニ生ジタ腫瘍(肉腫)ガ先端端トナツテ廻腸ガ上行結腸内ヘ嵌入シテ居ルヲ確カメタノデアル。

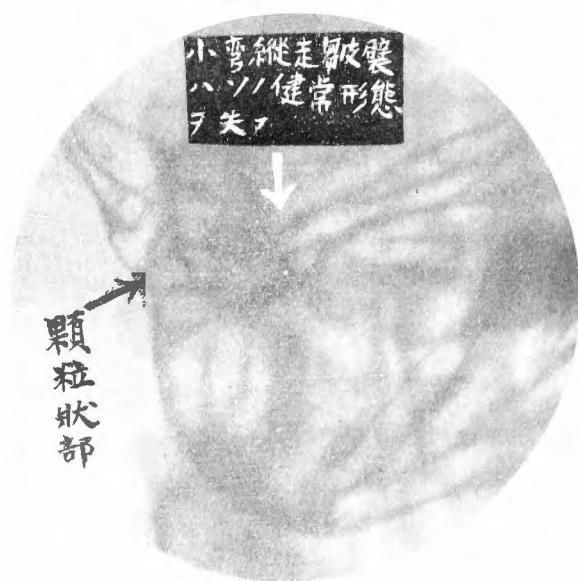
即チ本例ハ腸重積症ノ異常型ノレ線像ヲ示シタノデアルガ、猶ホ本例ニ就テ考ヘサセラレルコトハ、腸重積症ノ非觀血的療法トシテ從來行ハレテ居ル高壓灌腸療法ガアル。又タ實際ニモレ線検査ニ際シ造影劑ノ注腸ニヨツテ整復サレルコトガアル。然シ一般ニ急性腸重積症ノ場合ハ閉塞肛門側ノ結腸ハ痙攣性ニ收縮シ、タメニ結腸内造影劑ハ肛門カラ忽チニ噴出サレルコトガ多イノデアル。ソレ故ニ内管ヲ注腸造影劑或ハソノ他ノ液體デ充分ニ押ス譯ニハユカナイ。

此ノ第5例モ、初メ上行結腸ノ下三分ノ一ノトコロニアツタ内管先端ハ造影劑注腸ニヨツテ廻盲瓣近傍マデ押シ戻サレテ居ルガ、完全ニハ整復サレテ居ラナイ。

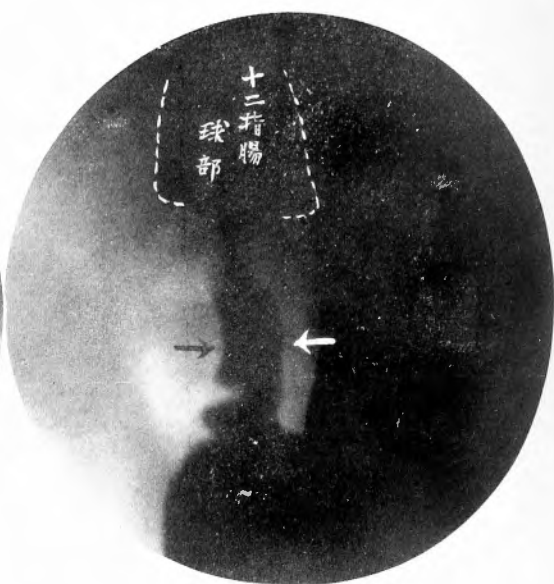
トコロガ結腸内空氣送入ハ結腸ニ痙攣性收縮ガアツテモ、之ヲ押シ擴ゲルノデ、結腸ニ本態不明ノ狹窄ガアル場合、ソノ狹窄ガ器質のカ或ハ機能のカノ識別ニ應用シ得ラレルモノデアル。

ソレ故ニ結腸内空氣送入ハ腸重積症ニ際シ鞘管ヲ擴大シ、又タ内管ヲ押シ戻ス力ガアルト曰フコトハ想像スルニ難クハ無ク、事實第5例ハ空氣送入ニヨツテ完全ニ整復サレタノデアル。

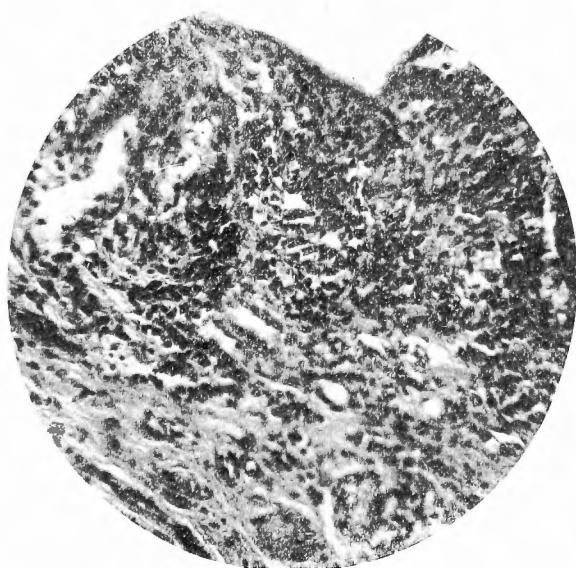
即チ以上ノ點ヨリ、結腸内空氣送入法ハ腸重積症ノ非觀血的療法トシテ一應ハ行ツテ見ル可キモノト考ヘル。



第 1 圖

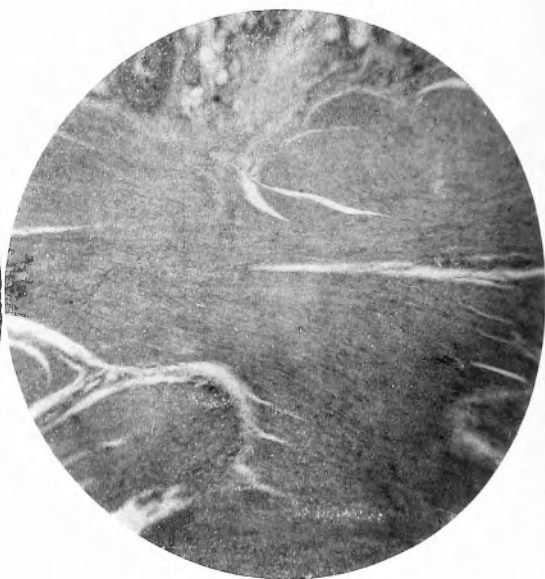


第 2 圖



第 3 圖 A

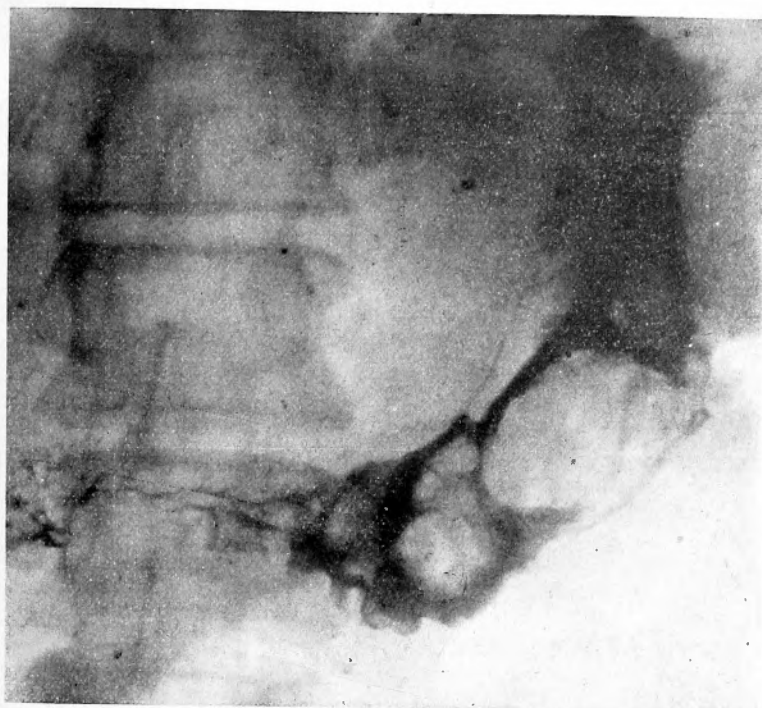
Zeiss 4×DD



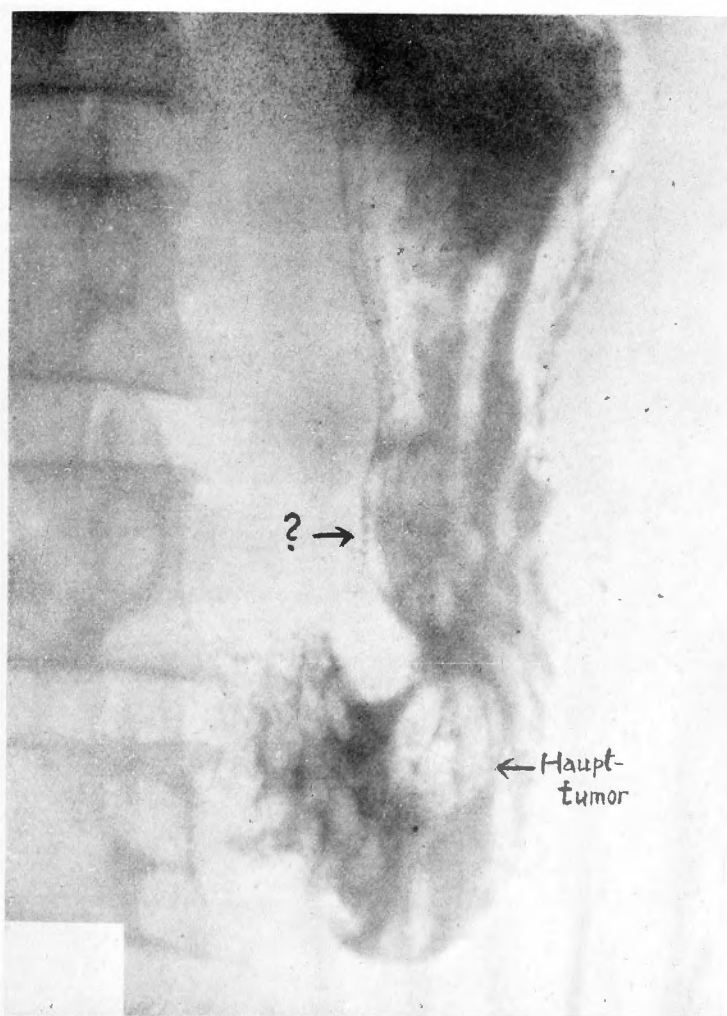
第 3 圖 B

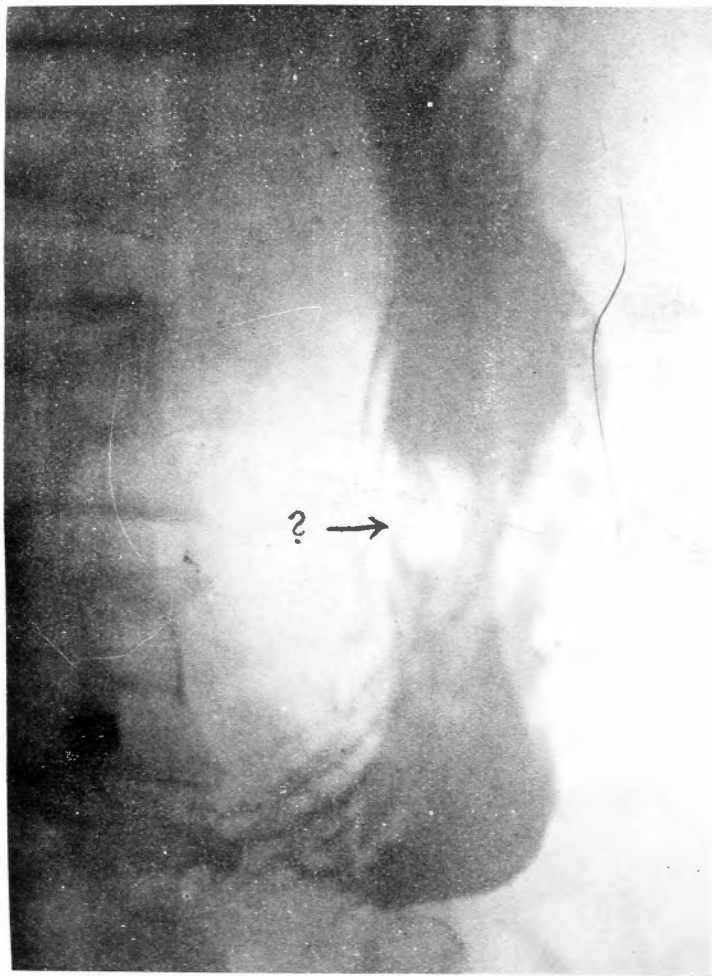
Zeiss 4×AA

第
4
圖

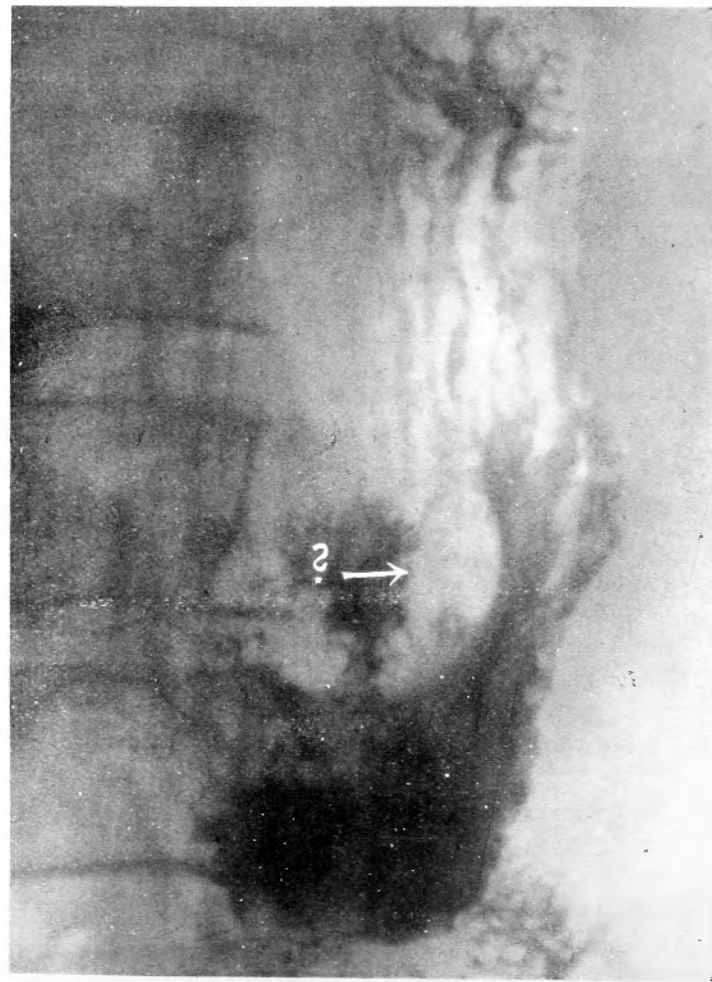


第
5
圖

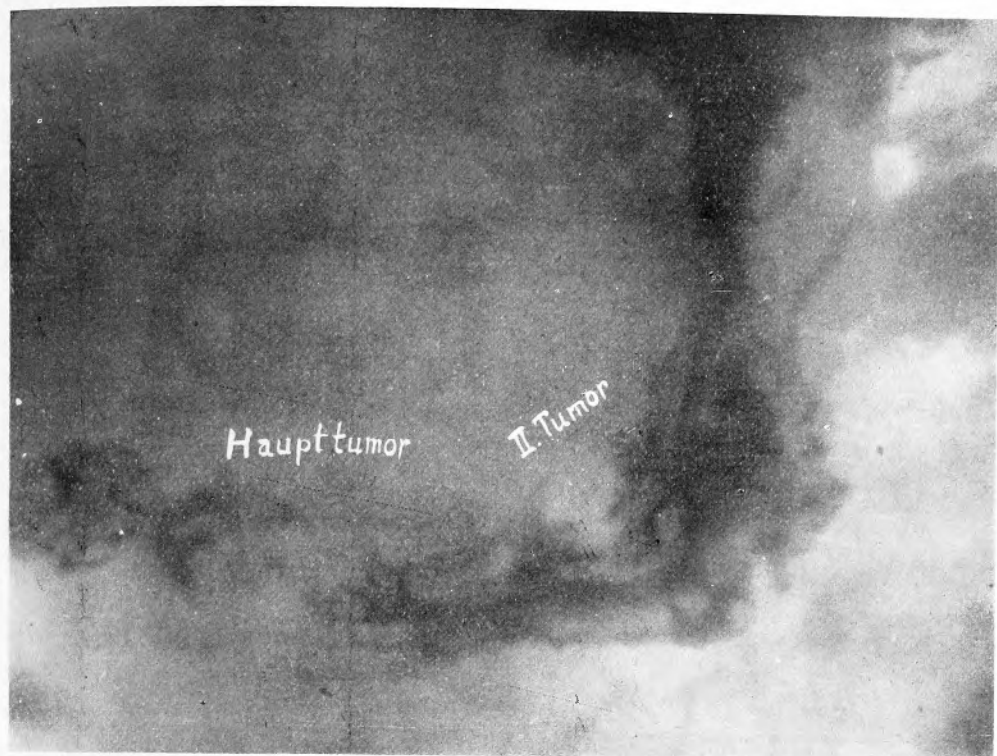




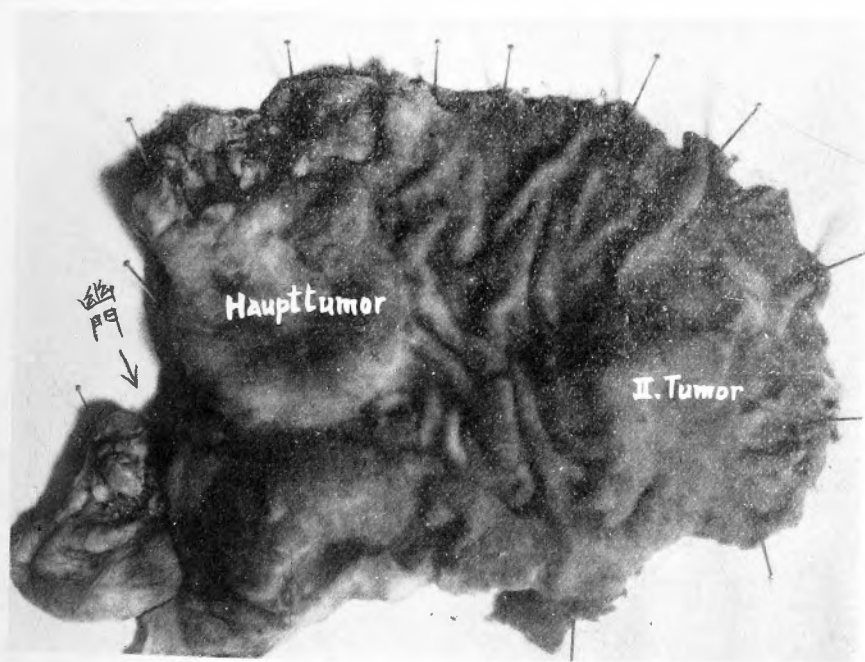
第 7 圖



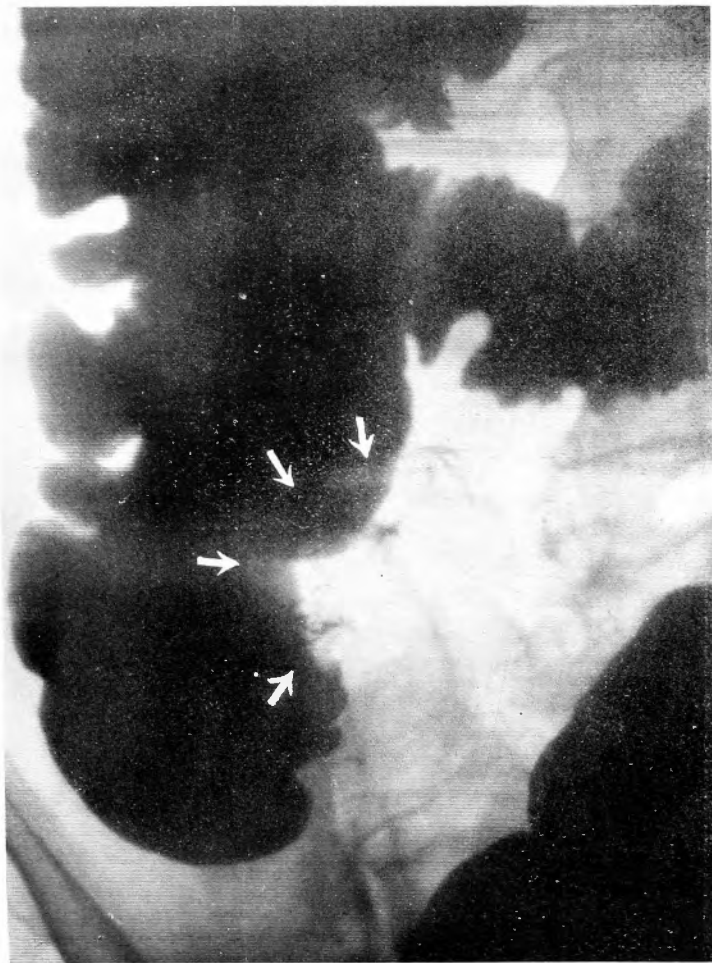
第 6 圖



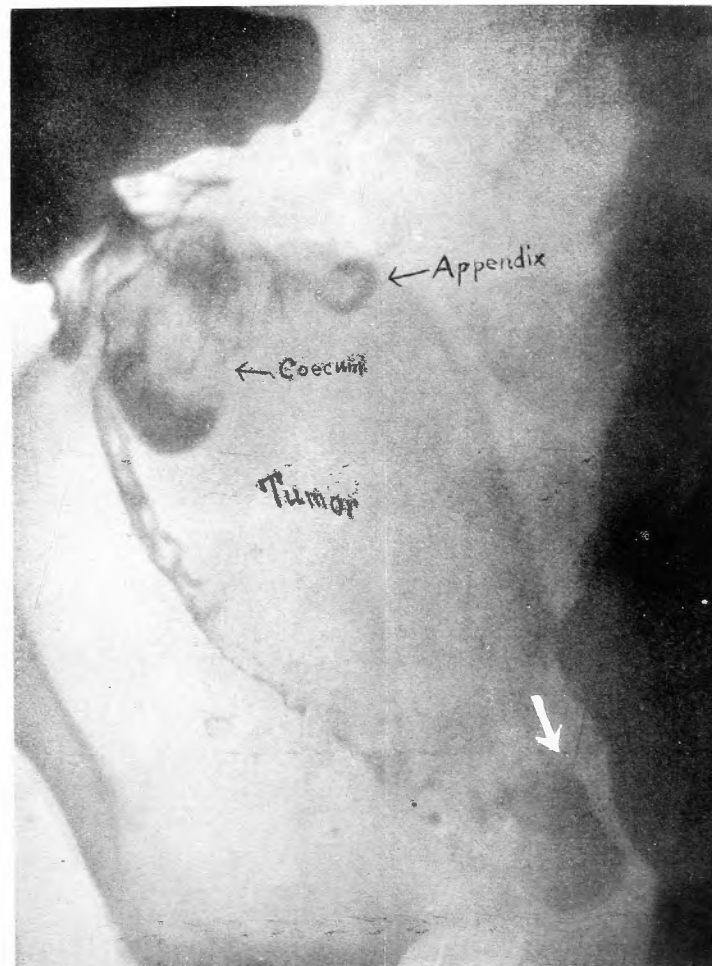
第 8 圖



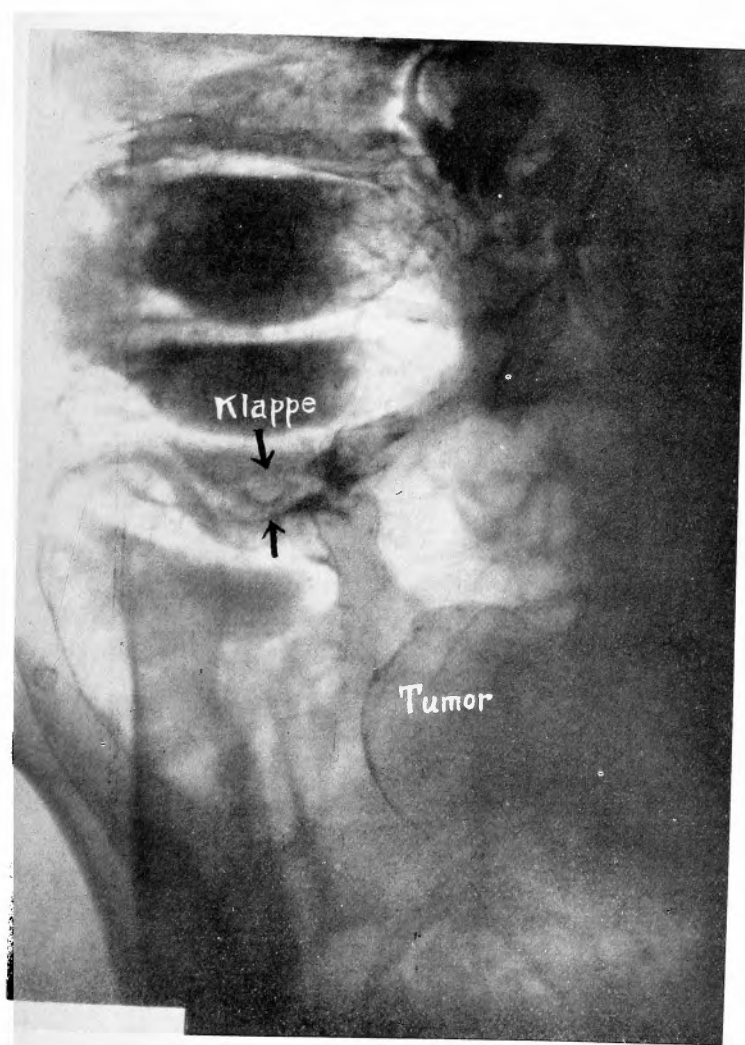
第 9 圖



第 1 1 圖



第 1 0 圖



第 1 2 圖